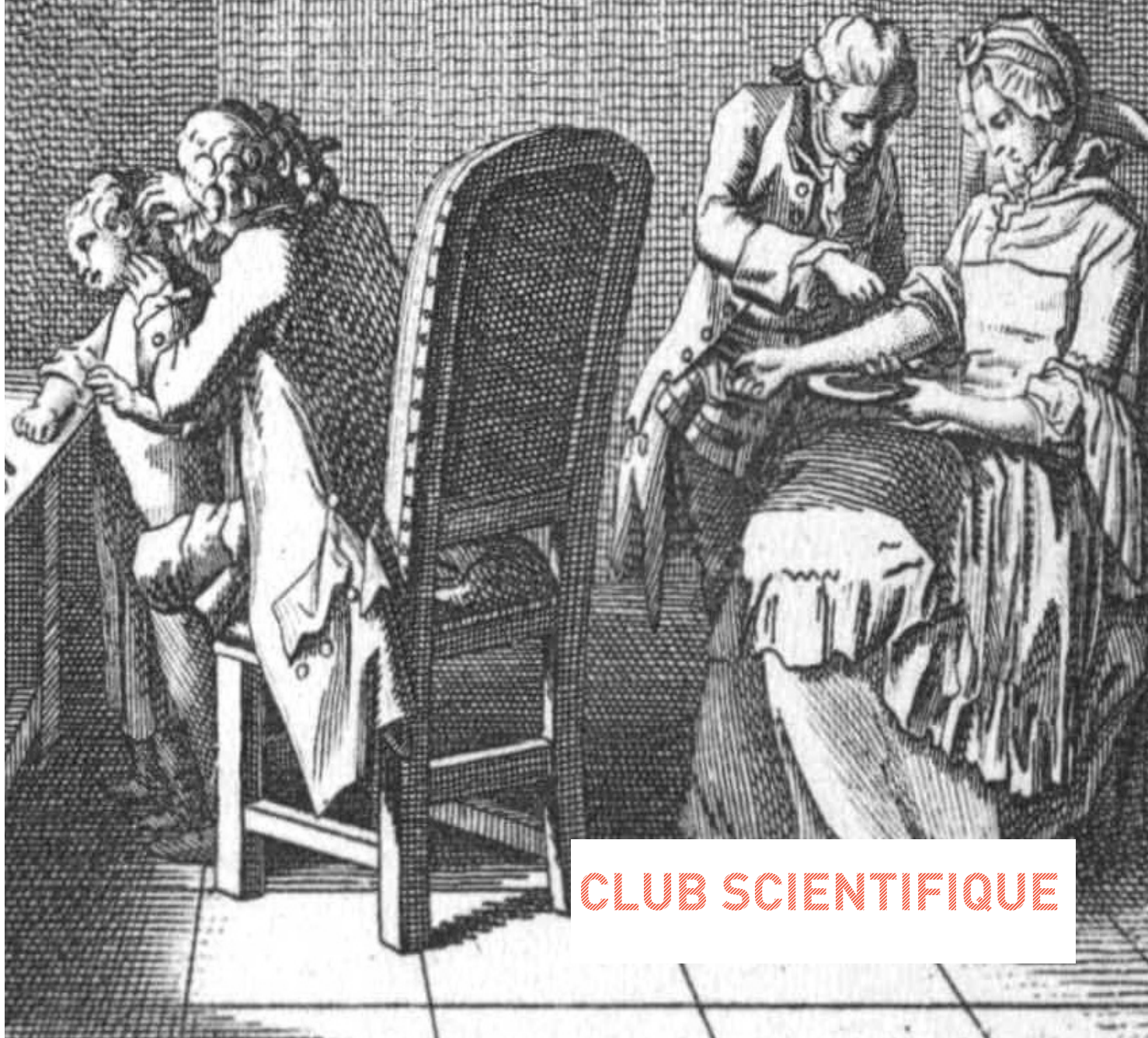


QUELLES RELATIONS
EXISTE-T-IL AUJOURD'HUI
ENTRE PATIENT ET
MÉDECIN ?



CLUB SCIENTIFIQUE

CLUB SCIENTIFIQUE

QUELLES RELATIONS EXISTE-T-IL AUJOURD'HUI ENTRE PA-
TIENT ET MEDECIN ?

LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VÄLISET SUHTEET NYKYPÄIVÄNÄ

Au-delà des relations « techniques » nécessaires pour établir un diagnostic et décider d'un traitement, le patient et son médecin (ou ses médecins) demeurent des humains rassemblés autour d'un même problème : la maladie. Quelles relations s'instaurent entre ces deux personnes quand l'une est détentrice d'un pouvoir et l'autre en attente d'une solution ?

**L'Institut français vous invite avec l'association médicale Coccyx à débattre et à échanger vos expériences avec les intervenants
La discussion aura lieu en français et en anglais.**

Potilaan ja hänen lääkärinsä väliseen suhteeseen kuuluu konkreettisesti diagnoosin tekeminen ja hoidon määrääminen, mutta sen lisäksi he ovat ihmisiä, jotka lähestyvät eri näkökulmista samaa ongelmaa: sairautta. Miten tähän suhteeseen vaikuttaa asetelma, jossa toisella on taito parantaa ja toinen odottaa ratkaisua?

Ranskan instituutti ja lääkäriseura Coccyx esittävät kutsun Ranskan instituutilla järjestettävään tilaisuuteen, jossa aiheesta keskustellaan asiantuntijoiden johdolla. Keskustelu käydään ranskaksi ja englanniksi.

Intervenants :

Association Coccyx : Dr Martti Hyvönen, Dr Kari Puusaari, Dr Olivier Pinguet

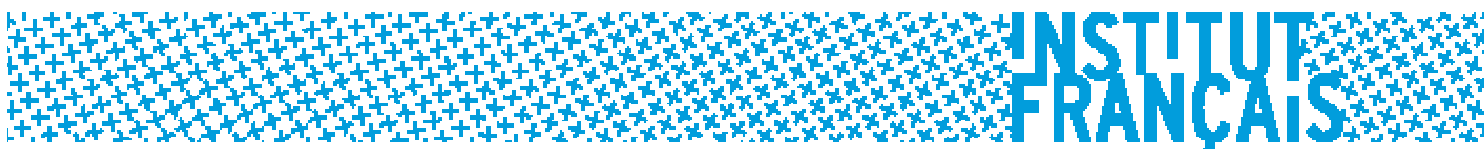
Dr Martina Torppa, Université de médecine de Helsinki

Dr Aino-Maija Lahtinen, Institut des sciences du comportement

Date et horaire : le 19 septembre, à 19h / Durée : 1h

Lieu : Institut français de Finlande / Salle Strasbourg

**Kaapelitehdas C 2
Tallberginkatu 1 C 135
00180 Helsinki**



Institut français de Helsinki et l'Association médicale Coccyx ry

Club scientifique à Kaapelitehdas le 19 septembre 2013

Dr Martti Hyvönen:

"Relation médecin-patient n'est pas la même: tradition, valeurs, règles interviennent"

Dans la rencontre médecin - malade, ou patient, ou client?, il y a au moins trois acteurs présents:

- Le médecin avec son histoire de vie, son éducation, ses valeurs
- Le malade avec les mêmes et en plus son souci des symptômes l'amenant à consulter
- Le système de soins avec ses règles inscrits, sa compensation monétaire, et ses pratiques liés à la culture du pays.

Il y a au départ une asymétrie de savoir quant à la santé et la maladie. D'où traditionnellement émanait l'attitude patronisant du médecin et la position régressive de "l'enfant-malade", position où le souci, l'incertitude et la maladie elle-même le pousse.

"Our decision to consult a doctor depends on what we expect to feel, what we consider "normal", and what we believe can be done about it." Tout ceci change beaucoup dans le temps et d'une culture et même d'une famille à l'autre.

Quelle médecine: spéculative, curative, préventive?

Au temps de François Rabelais, le rôle principal du médecin était d'établir un pronostic au malade. Et de façon à plutôt consoler le malade, les moyens de guérison étant très aléatoires. La médecine spéculative rapportait plus d'honoraires que la médecine curative, celle de chirurgiens ou des sages-femmes. Le médecin médiéval donnait des conseils diététiques et de conduite de vie. Est-ce différent à notre époque de prévention primaire avec les tableaux à risques et les listes d'aliments à éviter ou à consommer et de médication avant d'être malade?

L'Association médicale Coccyx tenait sa réunion et séminaire annuel à Bordeaux il y a quelques années. A la question sur l'effet protecteur de maladies cardiovasculaires du régime méditerranéen, le professeur bordelais répondit que pour lui il ne s'agit pas de la composition chimique du vin ou de l'huile d'olive ou des végétaux, mais de l'appréciation du bien manger et de la convivialité. En Finlande, nous avons tendance à penser que manger, c'est des travaux pratiques de chimie.

Trois exemples personnels

1. A l'École de Médecine de Montpellier, celle de Rabelais et de moi-même, les cliniciens insistaient qu'au lit du malade il ne faut surtout pas dire le pronostic pessimiste. Le mot cancer était banni, tumeur ou excroissance était passible. Il fallait garder l'espoir. Aux proches on pouvait dire la vérité, et le malade s'en doutait, mais c'était une convention tacite de ne pas prononcer le pire. A l'opposé, en Finlande on a insisté sur "le droit du patient à la vérité".

Nous avons en commun, j'espère, le vœu hippocratien: "Le médecin guérit rarement, mais soulage souvent, et conforte toujours."

2. Jeunes étudiants au bord de la Méditerranée nous avons souvent des bals improvisés soit à la plage, soit chez quelqu'un. Le guitariste gitan Manitas de Plata était de nôtres - ou plutôt il se plaisait de la compagnie des filles blondes scandinaves qui faisaient la fête avec nous. De toute façon, un peu de culture gitane, ou rom, me devenait familier. Lors de mes stages à l'hôpital régional de Lohja, dans les années 1970, il était interdit à la famille d'un malade de rester à son lit hormis les horaires de visite. Les gitans accompagnant un de leurs à la polyclinique étaient horrifiés de l'idée de laisser leur proche seule dans la nuit à l'hôpital. Le médecin-chef d'époque commandait à faire l'exception aux règles quand il comprenait que laisser seule était abandonner mourir pour les roms.

Notre culture médicale est très anglo-américaine et pourrait bénéficier de la connaissance d'autres traditions, africaines, asiatiques, et même françaises dans les attitudes envers la santé, l'intimité, et le respect de l'âge par exemple. Ce que la Finlande peut apporter est le principe d'égalité: tout le monde a (ou a eu...) droit aux mêmes diagnostics et soins.

3. Quand j'avais ma consultation privée à Ruoholahti, il arrivait que des français habitant Helsinki voulait me consulter. Je ressentais souvent, et je pense qu'eux aussi, inconfortable la question des honoraires. D'une part les fiches de la Sécurité Sociale française étaient pénibles à remplir, et d'autre part le montant habituel des honoraires en Finlande semblait exorbitant aux français. Aussi le fait qu'en Finlande, pour des conditions chroniques comme l'hypertension, diabète ou asthme, on fixe la prochaine consultation très loin, peut-être à un an ou même plus. "Est-ce que vous m'abandonnez seul si longtemps?" me demandait un patient.

Par la suite j'ai appris qu'en France, d'une part la tradition, et d'autre part les règles administratives commandent autrement. Le médecin de famille est un proche de la famille que l'on peut approcher presque n'importe quand et sans attente. Beaucoup de confrères finlandais gardent leur numéro de téléphone secret. En Finlande il est plutôt la règle que pour un même problème de santé on est amené à rencontrer plusieurs docteurs de suite. Le médecin de famille français aura ses 20 euros plus souvent que le spécialiste finlandais ses 80 euros.

Les règles administratives ont un rôle majeur mais souvent caché. En France, la prescription est valide soit un mois soit trois mois, et ceci donc oblige le malade à voir son médecin dans ces délais. En Finlande, il est habituel de faire la prescription pour une année, renouvelable automatiquement tous les trois mois. Et, au bout d'un an, cela peut se renouveler même sans voir le médecin. Est-ce motivé par la rationalité économique? Ou pour éviter les consultations dites "inutiles"?

Rencontre humaine

Mais où est le fond de la rencontre médecin - patient? Dans chaque relation il y a deux niveaux: le rationnel, analytique, et le humain, individuel. "Le médecin devrait être en même temps expert éloigné et homme compatissant." Ainsi disait le Professeur Risto Pelkonen, l'archiatre finlandais respecté.

Club scientifique: quelles relations existe-t-il aujourd'hui entre patient et médecin?
Institut français de Finlande. Helsinki. 19.9.2013.

Aino-Maija Lahtinen

Institut des sciences du comportement
Centre de recherche et de développement pédagogique universitaire
Université d'Helsinki
aino-maija.lahtinen [at] helsinki.fi

Martina Torppa

Faculté de la médecine
Institut de médecine générale
Université d'Helsinki
martina.torppa [at] helsinki.fi

Relation médecin-patient de point de vue de l'éducation

Les thèmes de la présentation: 1) L'importance de la relation patient-médecin dans le traitement médical, 2) Les défis de l'enseignement de la relation patient-médecin, 3) Les idées du développement de la formation médicale

Pourquoi la relation patient-médecin est-elle importante ?

La médecine clinique a changé beaucoup mais l'importance de la relation médecin-patient est extrêmement grande. On peut considérer cette relation comme le point essentiel du travail du médecin. La relation est cruciale au début de la consultation, quand le médecin essaye de savoir pourquoi le patient fait appel à lui, quels sont ses soucis et ainsi d'établir le diagnostic. La qualité de la relation est particulièrement importante par exemple quand la maladie du patient est incurable. (Lääketieteen etiikka 2005, 37– 40)

Des défis de la relation médecin-patient

Construire une bonne relation professionnelle n'est pas facile pour les étudiants ni pour les médecins expérimentés. Donner de mauvaises nouvelles est une tâche difficile, mais c'est ce que le médecin est appelé à faire dans presque toutes les branches de son art. La manière, selon laquelle le médecin communique ces nouvelles, a un effet sur le malade et ses proches. Il y a aussi plusieurs occasions où le médecin doit faire face aux réactions émotionnelles du patient, celles qui résultent quand la personne tombe malade et doit se soumettre aux différents traitements. Il est important de comprendre, que chaque personne réagit de façon individuelle et que les réactions dépendent aussi de nombreux facteurs qui ne sont pas liés au médecin (Fallowfield & Jenkins 2004).

Il est difficile, pour ceux qui sont jeunes et en bonne santé, de comprendre ces réactions. C'est le cas, en général, des étudiants et des médecins qui viennent de terminer leurs études. On a démontré que les médecins sont surtout vulnérables face à certaines émotions du patient comme l'anxiété, la solitude, la frustration, l'hostilité et l'impuissance (Meier, Back, et Morrison 2001). Les patients peuvent également poser des questions inattendues et difficiles, qui inspirent de la peur même chez les médecins expérimentés. Il y a bien sûr des questions auxquelles personne ne peut donner la réponse, mais la capacité du médecin à écouter activement et la présence emphatique soulagent le patient et peuvent diminuer sa souffrance (Lesho 2003).

On sait qu'une bonne relation médecin-malade peut améliorer beaucoup de choses: selon certaines recherches elle a un impact positif sur le consentement aux conseils du médecin, elle augmente l'effet du traitement et soutient également la capacité de travail du médecin et produit en lui la satisfaction dans son travail. (Scott et al. 2008; Haidet & Paterniti 2003.)

Un des problèmes de la relation médecin-patient, qu'on a remarqué, est l'incapacité de la part du soignant à tenir suffisamment compte du point de vue du patient (Haidet & Paterniti 2003) On confond trop souvent le patient avec la maladie. La médecine scientifique seule ne peut pas secourir le patient, quand celui-ci tend à s'adapter à la perte de sa bonne santé. On sait que EBM (la médecine fondée sur les faits) a la tendance à renforcer le point de vue scientifique qui résulte souvent trop limitatif (Smith & Taylor 1996). De plus, aujourd'hui l'utilisation de classifications et de directives a augmenté. Bien qu'on les ait formulées pour assurer à tous les patients une qualité uniforme des traitements, on peut aussi en abuser. De plus, elles peuvent peser lourdement sur la prise de décision professionnelle du médecin (Sartorius 2013).

L'enseignement de la relation patient-médecin

Il y a beaucoup de potentiel chez les étudiants en médecine pour devenir empathiques, mais on doit nourrir ce potentiel de différentes façons pendant la formation (Coulehan & Williams 2001). Les étudiants et les jeunes médecins n'ont pas beaucoup d'expériences personnelles de la souffrance ni des grandes pertes. Et comme les expériences personnelles n'offrent pas les conditions nécessaires au développement de la compréhension de l'état et des sentiments des malades, on a besoin d'un enseignement actif (Lesho 2003). Quand l'enseignement est trop orienté vers les sciences, la langue scientifique aussi domine et peut éloigner les étudiants des expériences émotionnelles et diminuer l'usage de la langue symbolique attaché aux expériences (Coulehan & Williams 2001). L'enseignement de la relation médecin-patient est une tâche difficile, parce que la relation et la dynamique de l'interaction entre les deux pôles sont toujours individuelles. On ne peut pas prétendre de fournir des règles précises à suivre (Hutchinson, Hutchinson, & Arnaert 2009).

Du fait le travail du médecin contient souvent beaucoup de charge émotionnelle, un moyen pour la réduire est de développer la capacité à l'intérêt détaché, ce qui veut dire la capacité de tenir à distance la souffrance et la douleur. On pense que cette capacité protège le médecin et lui évite de devenir la proie des émotions du patient. On pense aussi que cette capacité protège le malade parce que ses émotions n'ont pas d'effet sur la prise de décision médicale. Cette idée est répandue et elle reflète la conception dominante de la maladie et du traitement médical. Pourtant, certains critiquent cette idée et la considèrent comme l'une des causes du caractère pas assez humain de la médecine contemporaine (Coulehan 2009).

Comment développer la formation médicale en Finlande : « La formation des médecins regarde vers le humanisme »

Le titre vient de *Suomen Lääkärilehti* paru cette année. Il y a un article où les enseignants des différentes facultés médicales racontent leurs idées concernant le développement de la formation médicale. La conception générale est que l'on va mettre l'accent sur l'importance du point de vue humain à côté du point de vue bio-scientifique. On va commencer à souligner plus qu'avant l'importance et des valeurs humanistes et psychosociales. Selon un médecin, les étudiants trouvent facilement les faits dans les livres, mais c'est dans l'enseignement que l'on doit leur offrir la possibilité de réfléchir par eux-mêmes. En plus, les enseignants doivent se rappeler qu'ils servent de modèle aux étudiants dans leur futur rôle de médecin.

L'effort mentionné ci-dessus n'est pas nouveau, mais en Finlande on ne l'a encore jamais expliqué avec la vigueur nécessaire. De nombreux articles ont essayé de montrer l'utilité des sciences humaines dans le développement de la relation médecin et patient. Dans de nombreux pays on a intégré l'humanisme au programme médical, mais la manière et la quantité de l'enseignement varient beaucoup. À l'université d'Helsinki nous avons organisé un séminaire de littérature pour les étudiants en médecine. Toutefois, le problème est, comment montrer de l'utilité des séminaires dans la pratique médicale (Charon 2010).

Le séminaire optionnel de la littérature a été organisé depuis 2001. C'est une partie du module des études intitulé "Devenir médecin". Le séminaire a été offert pour les étudiants pendant leur dernière année universitaire. Nous avons choisi la littérature, ce qui est souvent un court roman. Avant le séminaire les étudiants le lisent et écrivent leurs expériences et leurs opinions. Dans le séminaire nous les enseignants essayons d'animer une discussion ouverte. Les questions et sujets de toutes sortes que les étudiants présentent sont permis mais nous essayons quand même de maintenir la qualité de la discussion à un niveau haut. Souvent la discussion tourne autour des choses problématiques médicales, bien que le roman ne les ait pas abordées.

Les recherches ont montré que les expériences que les étudiants ont des patients au début de la formation et leur examination postérieure en groupe contribuent à la compréhension des patients. La façon de l'enseignant de traiter les étudiants y contribue également parce que la valorisation des expériences émotionnelles ne peut être renforcée que par la qualité du rapport humaine (Marcus 1999). Quand le médecin expérimenté suppose comme modèle c'est de l'apprentissage social, conscient ou inconscient. La pratique professionnelle s'apprend beaucoup par l'observation et l'imitation (Good 1994).

La culture institutionnelle dans laquelle baignent les étudiants en médecine joue un grand rôle dans l'apprentissage. Pour développer une formation qui soit plus capable de prendre en considération la relation médecin-patient on a besoin d'un système de référence unificateur, dans le cadre duquel on peut valoriser aussi bien la compréhension des fonctions biologiques et pathologiques que la considération du patient comme un individu psychique et social (Boudreau, Cassell, & Fuks 2007; Haidet & Paterniti 2003).

Bibliographie

- Boudreau JD, Cassell EJ, Fuks A. 2007. A healing curriculum. *Med Educ.* 41(12), 1193–201.
- Charon, R. 2010. Commentary: Calculating the Contributions of Humanities to Medical Practice—Motives, Methods, and Metrics. *Acad Med.* 85:935–937.
- Coulehan, J. 2009. Compassionate Solidarity: Suffering, Poetry, and Medicine. *Perspectives in Biology and Medicine*, 52(4), 585–603.
- Coulehan, J., Williams, P. C. 2001. Vanquishing Virtue: The Impact of Medical Education, *Academic Medicine*, 76(6), 598–605.
- Emanuel, L. 2006. Relief of Suffering Is the Business of Every Discipline. Editorial. *Arch Intern Med* 166, Jan 23, 149.
- Fallowfield, L. 1995. Can we improve the professional and personal fulfillment of doctors in cancer medicine? *British Journal of Cancer*, 71, 1132–1133.
- Fallowfield, L., & Jenkins V. 2004. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 363: 312-319.
- Good, B. J. 1994. *Medicine, rationality, and experience. An Anthropological Perspective.* Cambridge: Cambridge UP.
- Haidet, P., & Paterniti, D. A. 2003. "Building" a History Rather Than "Taking" One. A Perspective on Information Sharing During the Medical Interview. *Arch Intern Med*, 163, 1134–1140.
- Hutchinson, T. A., Hutchinson, N., & Arnaert, A. 2009. Whole person care: encompassing the two faces of medicine. *CMAJ*, April 14, 180 (8). <http://www.cmaj.ca/content/180/8/845.short>
- Lesho, E.P. 2003. When the Spirit Hurts. An Approach to the Suffering Patient. *Arch Intern Med.* 163, 2429–2432.
- Lääkärietiikka 2005 Samuli Saarni (toim.) Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Marcus, E. R. 1999. Empathy, Humanism, and the Professionalization Process of Medical Education. *Acad Med* 74, 1211-1215.



**Relation Médecin – Patient
Pratiques en Médecine Générale en
France**

Par Dr Pinguet Olivier
Le 19 septembre 2013



Présentation

- Cursus professionnel



Rôle du « *Médecin traitant* » en France

- Au centre du système santé
- Médecin de Famille
- Prise en charge globale du patient



Pressions Médiatiques

- Internet : Sites officiels, blogs, forums
- Medias classiques: Télévision, radio, journaux
- Premier sujet de conversation

Impératifs économiques de plus en plus présents

- Déficit chronique de la sécurité Sociale
- Mutations professionnelles
- Relation avec l'industrie pharmaceutique
- Assurances privées

Evolution sociale

- Famille
- Mode de vie
- Soutien religieux
- Travail
- Internet

Evolution nécessaire du rôle du « Médecin Famille »

- Conseiller en communication pédagogique
- Négociateur
- « Décodeur »
- Technicien
- Gestionnaire
- Rôle social de plus en plus isolé
- Diminution de la démographie médicale et évolution de la démographie.

Conclusion